

# 农村健康教育和疾病预防

朱 玲

**【提要】** 本文旨在确认公共支持对预防服务和健康教育覆盖面的影响。对有关 6 个省 34 个县 2 000 多农户公共卫生服务获得状况的统计分析表明,在农村预防服务中,儿童免疫项目取得了高覆盖率的成就,但健康教育依然是薄弱环节。在个别低收入地区,由于上级政府的收入再分配和卫生干预行动,实现了较为广泛的公共卫生服务覆盖率。然而,县乡政府的预防支出、村委会提供的补贴和乡卫生院组织的预防活动,对卫生人员开展健康教育还没有形成有效的激励。因此可以设想,改善健康教育现状的起点,应当是变革基层卫生人员的激励机制。

**【作者】** 朱 玲 中国社会科学院经济研究所副所长、研究员。

近 20 年来,随着中国社会经济的转型,环境和人口也发生了显著变化。60 岁以上人口已占人口总数的 10%,这标志着中国开始进入老龄化社会。与此同时,劳动力流动性提高,居民膳食和生活习惯改变,环境污染加重,这一切都使健康风险因素变得日益复杂多样,从而加剧了流行病模式的转变。第一,慢性非传染性疾病成为居民的常见病、多发病,如糖尿病、高血压、冠心病和肿瘤,等等。第二,一些曾经得到控制的传染性疾病,如性病、结核病、血吸虫病等,发病率重又上升。此外,病毒性肝炎呈蔓延趋势。更值得注意的是,艾滋病流行已进入快速增长期。第三,精神疾病患病率持续增加。第四,各种损伤及由职业危害所导致的急、慢性职业病居高不下(卫生部,2001a)。

农村人口是遭遇上述疾病风险的主要群体,例如,70%~80%的艾滋病、结核病和疟疾患者是 15~49 岁的农村青壮年劳力。然而,农村恰恰是疾病预防和健康教育的薄弱环节(卫生部,2001b)。为了保护农村劳动力,中央政府于世纪之交开始发动 9 亿农民健康教育运动。在这一背景下,本研究不仅关注农村基层预防服务随流行病模式的转变做出调整的情况,而且试图确认公共支持<sup>①</sup>对预防服务和健康教育覆盖面的影响。以下将首先介绍研究中使用的基础数据;其次,通过描述统计说明农户获得公共卫生服务的情况;再次,采用 Logistic 回归模型估算健康知识传递到户的可能性;最后,根据统计结果归纳结论。

## 一、抽样调查和数据

1993 和 1998 年,卫生部曾分别组织了两次全国卫生服务调查。本项研究涉及到的农村宏观层面的卫生筹资、服务供给和利用状况方面的信息,大多引自这两次调查结果和卫生部公布的年度统计。然而,卫生服务调查包含的村庄和农户层面上的社会经济信息有限,不足以用来判断农户的社会经济环境对其健康风险管理的影响。因此,笔者从农户健康风险管理的角度组织了专题抽样调查。

我们的抽样调查借助于农业部农村政策研究中心的社会经济调查系统进行,样本为该调查系

---

<sup>①</sup> 这里的“公共支持”指的是政府在卫生服务和健康保险领域所采取的公共行动,例如,通过财政手段投资于公共卫生项目、运用法规和政策调节市场,以及援助贫困群体,等等。

统的子样本,涉及6个省34个县。每个调研县一个样本乡,每个乡一个样本村,34个村共包括样本户2505个。调研省中,江苏和广东省属于发达地区,吉林和河北省处于中等发展水平,四川和甘肃省属于欠发达地区。省内的高、中、低收入地域,分别由1~2个样本县代表。样本乡和村的居民人均收入大致相当于所属县的中等水平。样本户都是调查系统通过随机抽样方法筛选的长期记账户。自1985年以来,样本村每年都填报社会经济状况调查表。我们得到的村庄和农户社会经济数据,即来自有关这两个层面1999年情况的常规调查表和记账结果。为了本项研究的目的,笔者还设计了县、乡、村、户四级专题问卷,随同农业部的常规调查问卷一起发放。经数据清理获得的有效问卷为:县问卷31份,乡问卷32份,村问卷29份,农户问卷2008份,包括7848人。此外,笔者还在上海、浙江、山东、安徽、江西、云南和陕西等地组织了一系列个案研究,作为抽样调查的补充。

## 二、几项重点预防服务的覆盖面

预防服务(预防科学研究、健康教育、营养干预和传染病防治等)的作用在于降低公共健康风险,类似国防一样具有明显的外部性,故而毫无争议地被视为纯公共产品(Stiglitz, 1988),并因此而被归为公共卫生服务。我们对公共卫生服务状况的评估没有依赖政府或卫生部门提供的数据,而是基于农户的报告。在农户问卷中,有关公共卫生服务获得状况的问题有5个:(1)“是否有乡村医生和卫生工作人员向您宣传过有关疾病防治和保护健康方面的知识”;(2)“您家是否能喝到清洁水(包括自来水和消毒处理过的水)”;(3)“您家是否参加过‘改造厕所’、‘垃圾处理’和‘修建沼气池’一类的卫生项目”;(4)“您家3岁以下的小孩是在哪里出生的”;(5)“您家3岁以下的小孩是否打过防疫针或服过防疫丸药”。在对这些问题做出回应的样本户中,对第一、二、三个问题做出肯定回答的农户,即算作被这些卫生项目所覆盖。第四、五个问题设有多种选择答案,小孩在乡卫生院或医院出生的案例均归入“住院分娩”类别;小孩既打过防疫针又服过药丸的,被视为完整地参加了儿童免疫项目。

对农户回应的描述统计如表1和表2所示。这两个表分别反映不同收入水平和不同地区的农户获得服务的状况,其中有如下信息值得讨论。首先,在人均年收入低于1000元的贫困户<sup>①</sup>中,这几项公共卫生服务的覆盖率均低于非贫困组。这表明,贫困人口面对健康风险处于最为脆弱的地位。其次,儿童免疫在所有公共卫生项目中覆盖率最高,即使是在欠发达地区或贫困户当中,获得免疫服务的儿童也达到了96%以上。这与10年前农村儿童免疫率徘徊在85%左右的情形相比,显然是一个巨大的进步。再次,住院分娩率在江苏省已经接近94%,但在大多数省份或收入组,这个比率还不足77%。与儿童免疫项目由政府免费提供疫苗不同,产妇产费全部由农民家庭自己负担。因此,严格说来,目前农村的住院分娩服务实际上还算不上公共卫生项目。只不过卫生机构以消费者预付形式推行孕产妇保健计划,提供整套的产前、产中和产后服务,“住院分娩”才被视为这些公共干预活动中的一个环节。根据笔者在云南、四川和陕西等地贫困县所做的个案调查,促使产妇在家分娩的原因,主要是交通不便、住院费用较高(一般相当于当地农民家庭年人均现金收入)和传统习惯所致。

至于饮水设施和农户卫生设施改造项目,一般都能够体现政府或村委会通过改善生活条件来预防疾病的意图和努力。近20年来,农村安全饮水项目一直包含在中央政府的扶贫计划中,主要在

<sup>①</sup> 20世纪末,全国农民家庭人均纯收入的平均水平约为2200元左右。当时,国务院扶贫领导小组办公室和国家统计局将农村贫困线设定在农民家庭年人均纯收入625元的水平上(国家统计局农村社会经济调查总队,2001)。此类贫困户在我们的样本中仅占4%。由于我们从田野调查中获知,贫困地区的县乡政府将人均年收入在1000元以下(相当于全国平均水平的45%)的农户都视为贫困户,本文便使用了这个标准。

贫困地区实施。在非贫困地区,多半由村委会投资或组织农户参与修建安全饮水设施。在表 2 的统计中,江苏省农户的安全饮水覆盖率低于我们的预期,这可能与当地农户只把自来水而不把压水井和水井供水视为安全饮水有关。农户的厕所改造,常常是在新建房屋时自行解决。沼气池项目虽然有改善环境卫生的作用,但主要是在那些养殖业发达而且能源缺乏的地区修建,它原本就不属于普及性的公共卫生项目。有关农村垃圾处理的事务,在各地都还没有引起政府和公众的充分注意。从表 1 和表 2 可以看出,卫生设施改造项目在绝大多数调研省和收入组的农户覆盖率都达不到 50%。在这几种卫生服务中覆盖率最低的是健康教育,仅为 37.6%。这表明,农村基层预防服务尚未适应流行病模式的转变<sup>①</sup>。

表 1 公共卫生服务覆盖率(样本户按 1999 年人均纯收入分组)

%

收入分组	统计单位	健康教育	安全饮水	卫生设施改造	住院分娩	儿童免疫
低于 1 000 元	有效样本	266	266	266	39	33
	覆盖率	29.7	78.9	36.9	48.7	97.0
1 001~2 200 元	有效样本	671	671	671	88	88
	覆盖率	35.3	80.9	32.5	73.9	98.9
高于 2 200 元	有效样本	1 052	1 052	1 052	166	162
	覆盖率	41.0	88.8	46.8	70.5	98.8
合 计	有效样本	1 989	1 989	1 989	293	283
	覆盖率	37.6	84.8	40.7	68.6	98.6

注:(1) 本文未注明数据来源的表格,出处皆为笔者的抽样调查。

(2) 各单项公共服务的覆盖率 = 获得服务的户数 / 有效样本数 × 100%。

(3) 这里的有效样本是指那些对问题做出回答的农户。

(4) 回答有关住院分娩和儿童免疫问题的农户只限于那些有 3 岁以下儿童的家庭。

表 2 公共卫生服务覆盖率(样本户按所属省份分组)

%

地区	统计单位	健康教育	安全饮水	卫生设施改造	住院分娩	儿童免疫
河北	有效样本	495	495	495	34	33
	覆盖率	22.0	85.9	15.9	82.4	97.0
吉林	有效样本	383	383	383	13	—
	覆盖率	32.4	99.0	63.4	76.9	—
江苏	有效样本	354	354	354	29	28
	覆盖率	52.0	75.4	46.0	93.1	96.4
广东	有效样本	366	366	366	129	134
	覆盖率	36.1	84.4	38.7	67.4	99.3
四川	有效样本	239	239	239	26	25
	覆盖率	40.6	67.8	43.3	69.2	96.0
甘肃	有效样本	152	152	152	62	63
	覆盖率	66.4	95.4	49.3	50.0	100.0
合计	有效样本	1 989	1 989	1 989	293	283
	覆盖率	37.6	84.8	40.7	68.6	98.6

注:除分组方式外,统计方法与表 1 相同;“—”表示没有可供使用的数据。

① 根据卫生部 2000 年对农村健康教育现状的调查,14% 的村医没有开展过健康教育,大多数没有接受过健康教育专业培训;48% 的学校没有健康教育课程;48% 的村没有健康教育经费(参见:www.900mfhp.org)。

### 三、影响健康知识传递到户的因素

健康教育与儿童免疫和产妇住院分娩这一类医疗型预防措施不同,它的作用在于通过知识和信息的传播,影响乃至改变个人行为,减少健康风险因素,因此,属于非医疗型预防项目(Phelps, 1978)。健康教育的这种特性,使它能够在预防慢性非传染性疾病和肝炎、性病、艾滋病等传染性疾病方面发挥关键作用。此外,由于这些疾病给患者家庭和整个社会造成的直接和间接经济负担极为沉重,故而健康教育的作用不仅在于降低家庭风险,而且还能防范公共风险,这就赋予它以低成本高效益的特点。

健康经济学家们几乎都注意到个人受教育程度和健康状况的正相关关系,并对此做出诸多解释。其中有一种解释是,受教育程度较高的人比较容易接触健康知识,也容易与医生交流,从而能主动寻求健康信息(Fuchs, 2000; Grossman, 1999)。在中国农村多数人口受教育程度低、文盲比例依然较高的情况下,如果预期或等待人们去主动搜寻和学习健康知识,就会错过预防当代流行病的有利时机。因此,以健康教育的形式把疾病预防知识和信息传递给农民家庭特别是贫困人口,可以说是当前公共卫生管理措施中的一项最佳选择。

出于这种理解,我们认为有必要通过统计分析手段,专门探寻那些显著影响健康知识传递到户的因素。表3的Logistic模型就是统计分析的一个结果。模型中的被解释变量,是样本户户主对于“是否从卫生工作人员那里获得健康知识”这一问题回答构成的。这其中隐含的一个假设是户主会把获得的健康信息传播给全家。支持这个假设的事实,是包括卫生部门在内的政府系统发布重大信息,一般是借助于行政村或村民小组会议的形式传达到农户。在大多数情况下,这些会议都由户主代表各户参加。此外,如果农户成员患病,有关就诊方面的决策往往也是由户主做出的。

模型中的解释变量分为县乡政府的行为、村委会的影响、农户收入、户主特征及行政村和农户区位这样几种类型。Logistic回归的结果看起来有些出人意料。我们的假定是政府预防支出和村委会给予卫生员的补贴越多、乡卫生院组织预防活动的次数越频繁,农民从卫生人员那里获得健康知识的可能性越大。计算结果显示,对这几个解释变量系数的统计检验都在1%的置信水平上显著,但是,除了乡健康教育支出与农户获得健康知识的可能性有正相关关系,其他几个机构变量的影响都是负的。隐藏在这种结果背后的原因首先在于乡村基层预防工作的重点依然是防范传染性疾病,而不是开展健康教育,二者在实际的预防活动中不仅很少发挥相辅相成的作用,反而在公共卫生资源分配中处于竞争状态。其次,根据我们的案例调查,县乡财政预防支出主要保证预防人员工资的发放,预防活动经费微乎其微<sup>①</sup>。大多数地方的防疫站和村卫生员对预防服务(如儿童免疫和孕产妇体检)收费,但对健康教育却难以收费,因此,缺少传播健康知识和信息的积极性。在这种情况下,获得村补贴的卫生员并不必然开展健康教育活动。

我们在案例调研中还注意到,基层卫生人员除了在医疗机构张贴宣传画、出售健康教育小册子外,极少主动地向农民讲解健康知识。因此,看到这些宣传品并向卫生人员咨询的群体往往是患者或陪同家人看病的人。这就不难理解,老人和育有10岁左右儿童的年轻人相对于其他年龄组、女户主相对于男户主、小学以上文化程度的人相对于文盲,更容易接触健康知识。只不过在我们的模型中,这些变量在统计上并不显著。不同收入组的农户在获得健康教育服务方面的差别是显著的。这一结果反映出如下事实:一是非贫困户对医疗服务的利用比贫困户要多一些,因而可能会更多地从

<sup>①</sup> 1998年国家卫生服务调查分析报告指出,1994年政府对农村卫生防疫站的资金投入占防疫站收入的份额为40.2%,1997年这个比率下降到34.8%(卫生部,1999:192)。

医生那里获得健康知识。二是非贫困户对信息的敏感程度一般高于贫困户。村庄区位的影响,可以作为对这些情况的一个补充,即村庄距县医院越远,健康知识传递到户的可能性越小。

表 3 健康知识传递到户的可能性估算(Logistic Model)

解释变量	均值	系数估计值	标准差
县财政人均预防支出(元)	1.7402	-1.345*	0.167
乡财政人均预防支出(元)	3.6602	-0.082*	0.052
乡财政人均健康教育支出(元)	0.3972	0.482*	0.292
乡卫生院组织的预防活动次数	10.3576	-0.411*	0.041
本村到县医院的距离(公里)	20.4544	-0.043*	0.01
村卫生员补贴(元/人·年)	183.76	-0.006*	0.001
户主性别(女=1,男=0)	1.55E-02	0.216	0.858
户主年龄(虚拟变量)			
35岁及以下(对照组)			
36~50岁	0.3601	-0.329	0.342
51~65岁	0.3715	-0.242	0.313
65岁及以上	0.2475	0.021	0.317
户主文化程度(虚拟变量)			
不识字(对照组)			
小学	0.1553	0.248	0.597
初中	0.5739	0.771	0.568
初中以上	0.2353	0.998	0.59
户年人均纯收入(虚拟变量)			
1 000元及以下(对照组)			
1 001~2 200元	0.3342	0.734*	0.253
2 200元及以上	0.5239	0.789*	0.272
农户区位(虚拟变量)			
甘肃(对照组)			
河北	0.2465	-4.017*	0.575
吉林	0.1907	1.517	0.82
江苏	0.1763	5.738*	1.729
广东	0.1823	-4.106*	0.526
四川	0.119	-2.756*	0.548
常数项		7.269*	0.929
预测准确率(%)		82.80	
-2 Log Likelihood		961.935	
Cox & Snell R Square		0.388	
Nagelkerke R Square		0.517	
Chi-square		562.51*	

注:被解释变量为农户是否获得卫生工作人员宣讲健康知识的服务(是=1,否=0)。

\*表示在1%的置信水平上显著。

农户收入变量的影响曾使我们以为,在收入越高的地区,农户获得健康教育的可能性越大。然而 Logistic 分析表明,相对于甘肃省,广东、河北和四川省的农户获得健康教育的可能性较小。这种现象的背景在于近 20 年来扶贫项目从经济部门扩展到社会服务领域,一些贫困地区很可能由于来自中央政府和国际组织的卫生干预行动而在健康教育方面处于领先地位。例如世界卫生组织、联合国儿童基金会和世界银行的卫生援助项目,几乎都包含了改善信息管理和强化疾病预防的内容。这些项目一般由国际组织和上级政府联合资助。1999 年,甘肃省 1/2 以上的样本县都获得了上级政府的卫生项目拨款。其中,获得拨款数额最高的是徽县,达到 2 816 万元。这个县的公共卫生服务覆盖率也明显高于其他样本县,例如,该县样本中有 96.8% 的农户曾经获得健康教育。这个结果也许恰恰支持了 Dreze 和 Sen 的看法,即公共卫生服务的供给并不仅仅取决于国家或地区的收入水平。在低收入地区,政府通过收入再分配和公共支持,完全可能实现较为广泛的服务可及性(Dreze and Sen,1989)。

#### 四、结 论

从以上描述统计和分析统计结果可以归纳出这样一些结论:(1)在农村预防服务中,儿童免疫项目取得了高覆盖率的成就,但健康教育依然是薄弱环节。这表明,农村基层预防服务尚未适应当前流行病模式的转变。(2)个人变量对健康知识传递到户的影响并不显著,但是,贫困户与非贫困

户相比获得健康教育服务的可能性较小。在享受其他公共卫生服务方面,贫困户的覆盖率也低于非贫困户。这些都显示出贫困人口属于健康风险较高的群体,或者说属于脆弱群体。(3) 在个别低收入地区,由于上级政府的收入再分配和卫生干预行动,实现了较为广泛的公共卫生服务覆盖率。(4) 县乡政府的预防支出、村委会提供的补贴和乡卫生院组织的预防活动,对卫生人员开展健康教育还没有形成有效的激励。因此,改善健康教育现状的起点,是变革对基层卫生人员的激励机制。

#### 参考文献:

1. 中华人民共和国卫生部:《国家卫生服务研究——1998年第二次国家卫生服务调查分析报告》,1999年,第181~192页。
2. 卫生部(2001a):《中国农村主要卫生问题及相关背景》(www.900mfhp.org)。
3. 卫生部(2001b):《卫生事业第十个五年计划纲要》(www.moh.gov.cn)。
4. 国家统计局农村社会经济调查总队:《中国农村贫困监测报告》,中国统计出版社,2001年,第8页。
5. Stiglitz, J. E.:《政府经济学》,曾强、何志雄等译,春秋出版社,1988年,第114~115页。
6. Fuchs, Victor R.:《谁将生存? 健康,经济学和社会选择》,罗汉、焦艳、朱雪琴译,上海人民出版社,2000年,第82~86页、第94~95页、214页。
7. Dreze and Sen(1989), *Hunger And Public Action*, pp. 206~210, Clarendon Press, Oxford.
8. Grossman, M. (1999), The Human Capital Model of the Demand for Health, NBER Working Paper Series (www.nber.org).
9. Phelps, C. (1978), Illness Prevention And Medical Insurance, *Journal of Human Resources*, Vol. 13, pp. 183-207.

(责任编辑: 朱 犁)

## 欢迎订阅《人口研究》杂志

《人口研究》是中国最早创办的综合性人口学专业杂志。本刊旨在传播新的研究成果,介绍新的信息和分析方法,反映学术界和实际部门的新动态,为政府决策提供咨询,为解决中国现实人口问题,为人口科学的发展和计划生育基本国策服务。热诚欢迎各级政府部门、学术界、人口科研教学工作者、广大计划生育干部及各级图书馆、档案馆订阅。凡欲订阅本刊的单位和个人,可到当地邮局办理订阅手续,亦可直接向本刊编辑部订阅。私人订阅优惠20%。

《人口研究》国内邮发代号2-250,国外代号BM297,双月刊80页,2003年每期定价10.00元,全年60.00元。开户银行:北京市海淀区工商行紫竹院分理处,户名:中国人民大学,账号:0200007609089102302,请在汇款用途栏中注明购《人口研究》杂志款。本刊地址:北京市海淀区中关村大街59号中国人民大院内科研楼A座11层《人口研究》杂志,邮政编码:100872,联系电话:(010) 62511320,传真:(010) 62515213,电子信箱(Email):rkyj@public.bta.net.cn。